SKE- C-25- 04- 0709

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE सहायता हेत् आवेदन प्रारूप		(Health (स्वास्थय		Koshika
APPLICATION No. : आवेदन संख्या :	5/0425/0038	APPLICATION DATE : आवेदन तिथी	17-4-2025	Building block of life
CONTRACTOR OF THE PROPERTY OF	wis. Hatijan	AGE-YEARS 31	यु-वर्ग SEX लिंग -	-8-3
FATHER'S/SPOUSE'S NAN पिता/संदुम्भ का नाम	Late Myo Mi			
Kalyai Salyai	PERMANENT RESIDENCE ADDRE	हिर्मित प्रति । प्रति । इंडिंग अवासीय पी।	war -	Paul of Postop Haffjan (0038)
	same as a	bove		
occupation : व्यवसाय TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आप	48, 000 (far	vily Incon	Vanna Barret et	t) / UNMARRIED (अविवाहित) ncome) अंतरम्)
PAN No. रुपाई खाता संख्या ARE YOU AN INCOME TAX क्या आप आय कर दाता है (ASSESSEE (Tick whichever is applicable): जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगाये।	/ Yes/N हां/ਜ	o di	
Sr. No.	Name of Family Member	FAMILY DETAILS परिवा Age (Years)	Gender	Relation with Applicant
कुम संख्या (त्री)	परिवार के सदस्यों का नाम	उम्र (वर्ष)	fein M	आवेदक के साथ सम्बंध
	Soud khan	38	M	1 Con o
	Fuckana	198	2.	Saughter in law
(8)	Mond of uha	194	4	Trelland, Con
(6)	Mond Shard	1.5	М	Grand con
	BASIS for REQUESTING A सहायता को लिये विन		never is applicable)	
BPL Card (Attach Card Coy गरोबो रेखा के नीचे प्रम (प्रमाण पत्र की साथा प्रति स	।ण पत्र अल्प आस्य वर्ग प्रमाण पत्र	(A) (A	ation Card ttach Copy) भोक्ता कार्ड ी छाया प्रति संलग्न करें।	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्य
		or REQUESTING ASSIS तु किये गये विनती का उद्		
Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिबंदन सूची संलग्न			
	Diagnosis	- RE- 6	enile	Catabact
	Swigerry	- 1-E-	SICS	With PMMA
	ASSISTANCE BEING AVAILE			ES
		अन्य सहायता किसी अन्य		A A PRINTED IN PRINTED AND THE
Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOU अन्य स्वांत का नाम		AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राजी	

DECLARATION by APPLICANT: आवेदक द्वारा घोषणा पत्र:

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- में योषणा करता हैं कि इस प्ररूप में दिये गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई विवरण एवं कथन असत्य पावा जाता है तो मेरी सहायता निरस्त की जा सकती है।
- 2) मेरे इस जो महायत राति "कॉशिका फाउन्डेशन", से ली जा रही है, उसका उपयोग उसी उदेश्य की पूर्वि के लिये किया जायेगा, जो इस प्रारूप में घरा गया है।
- में पुष्टि करता है कि जिस सहायता हेतु यह प्रार्थना की गई है, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य ख्रोत/नियोजक/बोमा कम्पनी से न तो लिया है और न ही परिषय में लेंगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted. will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- इस प्रपत्न पर अपने इस्ताक्षर या अंगर्ट की क्राप लगाकर, मैं (आर्थदक) अपनी सहमित की पुष्टि करता हूँ एवं "कोशिका फाउंडरान और उसके न्यासीयाँ " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और भी विकाण इस प्रपत्र में मोषित है, उसे "कोशिका" एवम् न्यासी, दान, याचनात्या दूसरे उद्देश्य से जुडी गतिबिधयों और उपलब्धियों के लिये किसी भी प्रसार माध्यम में प्रसारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रपत्र का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउडेंसन" व न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहामत हूँ कि मेरा चम, पता, फोटो और विवरण जो कि सहायता के डब्द्देश्यों से प्रार्थित है मुझे स्वत: सहायता का हकदार नही बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके त्यासियों का निर्णय अतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION:

आवेरक के इस्ताक्षर या अंगृते का निशान

p-self

AGREEMENT by HOSPITAL (४स्पताल द्वार करार)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिकृत, इस्ताक्षरी की ओर से मामलेरोगी को "कोशिका काउन्देशन" से वितिय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (हस्पताल) निम्न प्रकार से मान्य व स्वीकार करते हैं। पह कि न तो वर्तमान और न ही भविषय में विशिष सहायदा किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्वीत से ठक्त रोगी/मामले में लेंगे या ले रहे है, जैसे कि हमने "कोशिका फाउन्हेंशन"

- में सिफारिश/विनति उक्त के सम्बंध में "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा मदद हेतु कि हैं। यदि "कोशिका फाउन्डेशन" द्वारा सहायता विनति ऑशिक/संकल हेतु मन्दुर नहीं किया जाता है तो अस्पताल िकसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य सन्साधन से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस युष्टि में स्थप्ट कहा जाता है कि अभ्यताल द्वितीय मदद उक्त रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य साधन से नही लेगा/लेगी।
- 2. "कोशिका फाउन्टेशन" से लो गई सहायता केवल वितिय प्रकृति को है। रोगो पर हस्पताल द्वारा दो गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाब रोगी पर्व हस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउन्हेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई दबाव नहीं है। इसलिये हस्पताल में रोगी के इलाज सुरक्षा और आने जाने की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं हस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई धूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE

स्वीकृती के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख

Dr. NEHA (Name of St. & Regn. No. with Stamp) 'डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. न.

ARNAB MODAK Designation & Stamp of Authorised Signatory

नाम व पर हस्पताल अधिकृत अधिकारी

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION

आन्तरिक उपयोग हेत्

SIGNATURE of TRUSTEE 1

SIGNATURE of TRUSTEE 2

न्यासी हस्ताक्षर 2